

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



Déclaration de Maladie

N° W21-658284

89825.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	9623	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ASSAAD Jamel			
Date de naissance : 19/10/61			
Adresse : _____			
Tél. 06 63 07 5149 Total des frais engagés : 130			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : _____

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : _____

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraire	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACEUTIQUE Nouvelles Pharmacies Cassé 1 Bd Abderrahmane Cassé Tétouan 05200 Docteur Abdellatif</i>	24/08/2021	150,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

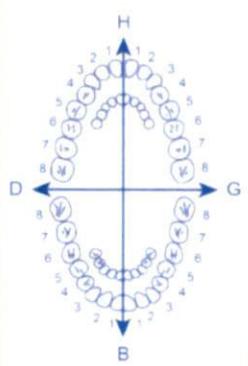
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraire
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

 O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 20px;"></td> <td style="width: 50px; height: 20px; text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 20px; text-align: right;">D</td> <td style="width: 50px; height: 20px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 20px; text-align: right;">B</td> <td style="width: 50px; height: 20px; text-align: center;">B</td> </tr> </table> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 20px; text-align: right;">25533412</td> <td style="width: 50px; height: 20px; text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 20px; text-align: right;">00000000</td> <td style="width: 50px; height: 20px; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 20px; text-align: right;">00000000</td> <td style="width: 50px; height: 20px; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 20px; text-align: right;">35533411</td> <td style="width: 50px; height: 20px; text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession		H	D	G	B	B	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
	H														
D	G														
B	B														
25533412	21433552														
00000000	00000000														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION	CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE														

PHARMACIE MERIEUX
DR NOUREDDINE IBA
311 BD ABDELMOUMEN CASABLANCA

24/08/2021

Tél : 022860570

MME ASSAD JAMILA

FACTURE N° : 23479

du 24/08/2021

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	CLICKFINE 4MM AIG STYLO B100	150,00	150,00	20%
Total TTC				150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
CENT CINQUANTE DIRHAMS

	TAUX	HT	TVA	TTC
20.00%	20,00	125,00	25,00	150,00
		125,00	25,00	150,00



swiss made



Click[®]fine

15 000

4
32G mm



YPSOMED
SELF CARE SOLUTIONS